

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

91

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 janvier 1891, à 1 heure

Par STCHERBANOFF

Né à Akkermann (Russie), le 25 août 1857

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LE RÉGIME DES BRIGHTIQUES

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { PANAS, professeur.
QUÉNU, BALLET, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

91

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 janvier 1891, à 1 heure

Par STCHERBANOFF

Né à Akkermann (Russie), le 95 août 1857

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LE RÉGIME DES BRIGHTIQUES

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { PANAS, professeur.
 { QUÉNU, BALLET, agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Moyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Cliniques d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD

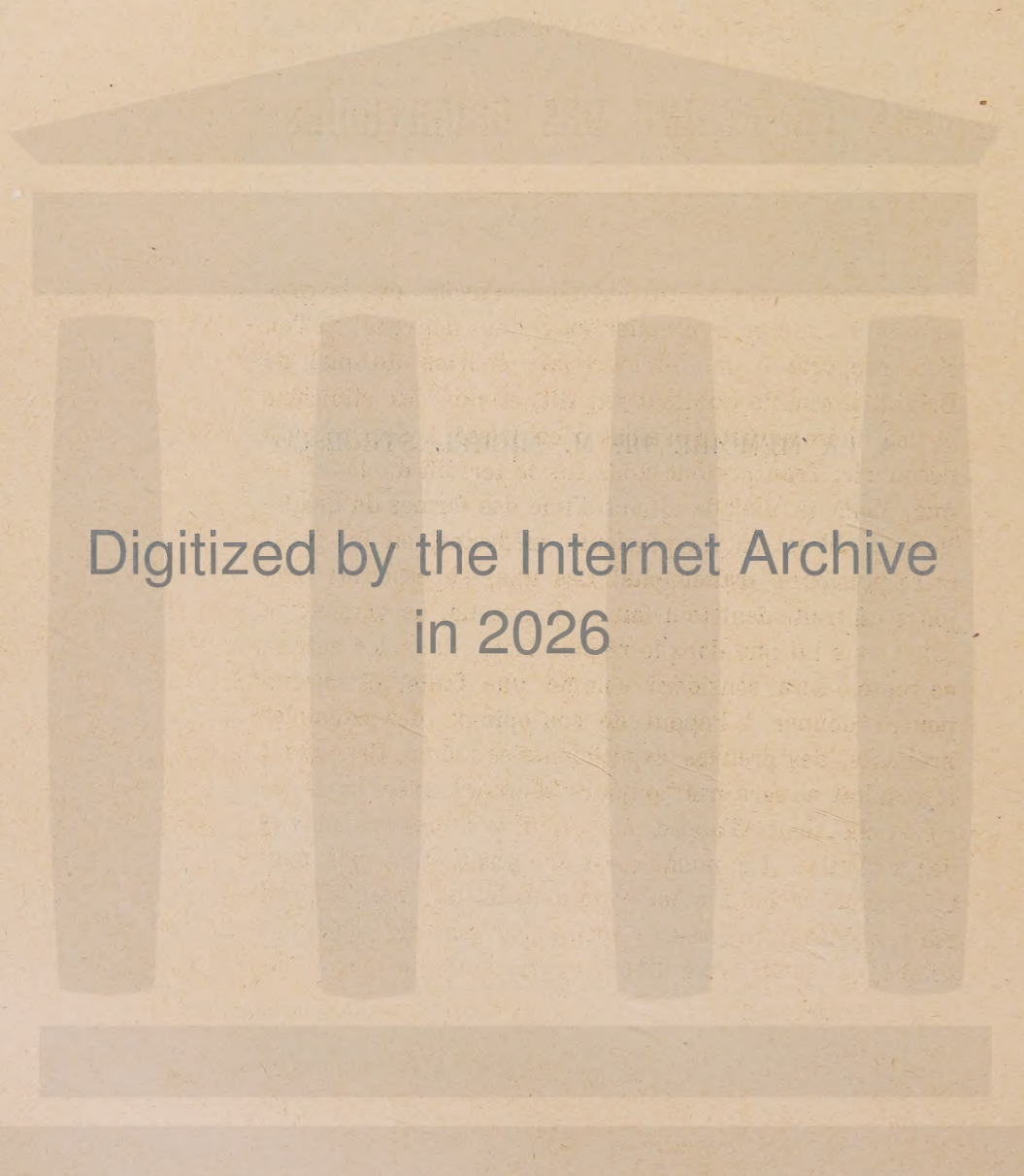
Professeurs honoraires.
MM. RICHET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice			
MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NELLATON	MM. RIBEMONT-
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef	RICARD
BRISSAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTÉRE	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE M. MICHEL STROESCO



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552014_0088

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE RÉGIME DES BRIGHTIQUES

En entreprenant ce travail, nous n'avons pas la prétention d'explorer le premier un champ nouveau. Si l'on s'en rapporte à la bibliographie énorme du mal de Bright, il semble que tout soit dit, et que les cliniciens et les thérapeutistes n'aient rien laissé à décrire ou à découvrir. Transportons-nous sur le terrain de la clinique. Voilà un malade atteint d'une des formes du brightisme : s'il est vu par plusieurs médecins, on lui prescrira plusieurs traitements. Les uns, superposant toujours un traitement tout fait au diagnostic, ne verront de salut pour lui que dans le régime lacté. Pour les autres, ce régime sera considéré comme une faute, et chacun pourra donner à l'appui de son opinion des exemples probants, des preuves expérimentales même. Cependant le résultat ne sera pas toujours d'accord avec la théorie. Cela tient d'abord à ce qu'il y a des malades et des maladies. La maladie est une abstraction qui peut s'accommoder des systèmes; le malade, lui, réagit selon ses aptitudes personnelles; ensuite, la maladie n'est pas simple, elle peut être à divers degrés; elle peut se com-

pliquer ou s'étendre ; en d'autres termes, chaque cas a ses indications propres, et il n'y a pas plus un traitement du mal de Bright qu'il n'y a un traitement de la dyspepsie.

Essayer d'exposer en détail toutes les indications thérapeutiques exigerait des volumes. L'excellent ouvrage de MM. Lecorché et Talamon renferme une bonne étude de cette question, et nous n'aurons pas la témérité de recommencer cette étude après eux. Notre but est plus modeste. Nous nous bornerons à passer en revue quelques points du traitement ; à mettre en lumière quelques indications, quelques résultats ; et surtout, à préciser les *desiderata* de la question.

Nous diviserons ce travail en quatre parties.

Dans la première, nous examinerons les divers régimes alimentaires proposés pour le traitement de la maladie de Bright.

Dans une seconde, nous passerons en revue les conditions auxquelles ces régimes devraient satisfaire.

La troisième résumera les indications de chacun de ces régimes.

Enfin la quatrième comprendra quelques observations. Nous aurions désiré y joindre des courbes relatives aux modifications diverses de la sécrétion urinaire ; mais ces courbes, pour être intéressantes, doivent pouvoir rendre compte de toutes les modifications qualitatives et quantitatives de cette sécrétion : les éléments et le temps pour les réunir nous ayant fait défaut, nous aimons mieux y renoncer que de publier des courbes banales dont tous les ouvrages publiés sur la matière renferment d'ailleurs des exemples nombreux.

RÉGIME ALIMENTAIRE

Un brightique peut être soumis, soit en raison d'indications raisonnées, soit en vertu d'idées arrêtées systématiquement dans l'esprit du médecin, à trois formes différentes de régime alimentaire : le régime lacté exclusif ; le régime mixte ou le régime ordinaire, que nous réunissons ; le régime japonais, inauguré depuis peu, et qui n'a pas encore fait ses preuves. Nous ne parlons pas du régime spécialement tonique : quand on n'y ajoute pas un médicament, tel que le fer ou l'arsenic, il ne diffère pas sensiblement du régime ordinaire, puisqu'il comprend, comme celui-ci, des aliments azotés, des boissons excitantes, telles que le thé, le café, l'alcool.

Régime lacté. — Les partisans du régime lacté ne permettent aucune autre alimentation que le lait, à la dose de quatre litres par jour. Quatre litres de lait contiennent, en effet, 216 grammes d'albumine et de caséine, 172 grammes de beurre ; 161 grammes de sucre : la ration d'entretien (Pettenkofer et Voit), étant de 137 grammes d'albumine sèche, 117 grammes de graisse, 352 grammes d'hydrate de carbone. La composition que nous avons donnée pour le lait donne donc des chiffres supérieurs pour l'albumine et la graisse ; mais il faut tenir compte de l'infériorité du chiffre des hydrates de carbone ;

la graisse et l'albumine (en partie transformable en graisse) sont là pour combler le déficit.

On voit que la proportion de deux litres et demi, acceptée par certains médecins, est insuffisante.

Tout au plus peut-elle servir d'appoint à un régime quelconque, et alors son utilité au point de vue du traitement du brightisme, devient des plus problématiques.

Mais on peut se demander si le lait constitue une alimentation suffisante pour réparer les pertes de l'organisme. Chez le nouveau-né, elle ne fait pas question ; mais chez l'adulte ? Et, chez celui-ci, est-il indifférent de recourir à un lait quelconque ? D'après ce que nous venons de dire, 4 litres de lait renferment plus d'albumine et moins d'hydrate de carbone qu'il n'en faut pour une alimentation normale ; ils renferment aussi une quantité considérable d'eau (soit 3 litres et demi environ).

Cette eau représente dans le traitement du brightisme, un adjuvant des plus utiles, le plus utile peut-être ; le sucre qui n'est peut-être pas en quantité suffisante pour l'alimentation, est dans des proportions convenables pour la diurèse (G. Sée). Mais l'observation clinique journalière montre que les malades soumis au régime lacté exclusif ne tardent pas à perdre leurs forces. Avec des apparences satisfaisantes, il leur manque une certaine excitation ; ils ne sont plus capables, nous ne dirons pas d'un travail soutenu, mais même simplement d'un effort. La physiologie en donne les raisons. D'abord, l'eau en excès est un excitant de la dénutrition : Bischoff, Schmiedeberg, ont vu que l'ingestion de l'eau en grande quantité augmente les oxydations, et que sous son influence, la quantité de

produits de combustion éliminés par l'urine augmente. Nous reviendrons sur ce point ; contentons-nous pour l'instant de constater qu'avec une augmentation notable des pertes, l'eau ne donne pas le moyen de les réparer ; de là, la sensation de faim, fréquemment constatée chez les malades soumis au régime exclusif du lait. L'albumine n'est pas en effet en proportions suffisantes pour assurer la ration d'entretien et pour compenser en même temps l'insuffisance de la teneur du lait en hydrocarbures ; or on sait que ceux-ci sont les agents par excellence de la calorification et par conséquent des mouvements.

On est dès lors en droit de chercher un régime, qui, tout en satisfaisant aux indications fondamentales du régime lacté, contienne plus d'azote et d'hydrocarbures, se rapproche en un mot de la composition de la ration normale. Sous ce rapport, les laits, autres que le lait de vache, seraient précieux. Le lait de la jument, celui de la brebis, celui de la chèvre, tout en se rapprochant par leurs caractères fondamentaux du lait de vache, ont une teneur différente en albumine, en graisse et en sucre. Malheureusement on ne peut les obtenir en quantité suffisante, et il est impossible, au moins dans les conditions ordinaires, de songer à s'en servir exclusivement pour l'alimentation.

Pour fixer les idées, on consultera avec fruit le *Traité de chimie* de Vernois et Becquerel où se trouve un tableau résumant la composition des différents laits.

Régime mixte. — Ce régime peut comprendre du lait en quantité variable, associé à une alimentation quelconque ; viande, œufs, féculents, en proportion variable. Les

recherches de Pettenkofer et Voit, qu'il faut toujours citer quand on veut parler d'alimentation, ont établi que pour réparer les pertes de l'organisme, pour le maintenir au taux d'entretien, il faut par jour 21 grammes d'azote. Or, il n'est pas indifférent de chercher cet azote dans un aliment quelconque. Ce chiffre de 21 correspond à des chiffres également fixes de graisse et d'hydrocarbures. Si, par exemple, on veut emprunter ces 21 grammes à une substance végétale riche en fécule, telle que la pomme de terre, on constate que pour les trouver, il faut en chiffres ronds, neuf kilogrammes de pommes de terre. Il faudrait une quantité supérieure de carottes ; mais il suffira de prendre une quantité bien moindre de viande, d'œufs de certains poissons, de certains légumes (légumes secs : pois, lentilles, haricots) sans que l'excès des matières grasses ou amylacées risque de nuire à l'alimentation en surchargeant le tube digestif. Il est donc, *a priori*, possible non seulement de faire vivre un organisme, tel que l'organisme humain, avec le régime carné, mais encore de réparer par ce même régime les pertes qu'il a subies puisque l'azote de l'alimentation contribuera pour la plus large part à la réparation et à l'entretien des tissus, et que d'autre part la possibilité d'obtenir cet azote avec le minimum de travail est évidemment le meilleur moyen de réserver les forces du tube digestif et d'en éviter l'encombrement.

Mais l'expérience montre que les régimes univoques ne sont jamais longtemps supportés, même chez l'animal, et à plus forte raison chez l'homme. Le régime carné compte beaucoup de revers, non seulement dans le traitement

des brightiques, mais même dans l'alimentation de gens peu malades, les obèses, par exemple. D'autre part, dans certaines conditions, ce régime peut rendre des services aux sujets atteints de néphrite chronique. Nous verrons ultérieurement quelles sont ces conditions ; il est hors de doute qu'il est capable de leur nuire dans tous les cas, et quand il donne de bons résultats, c'est à la condition de ne pas être absolu et d'être momentané.

Un organisme sain ne peut vivre que si on lui donne, outre les albuminoïdes, des matières grasses et des hydrocarbures. Pour le brightique, les proportions de ces deux dernières classes d'aliments sont surtout une affaire de digestion. Il ne semble pas qu'en dehors des dyspepsies, fort communes à la vérité chez les malades de la catégorie qui nous occupe, il ne semble pas, disons-nous, que ces aliments aient sur la marche de la lésion rénale une influence sérieuse. Mais, nous le répétons, ils sont indispensables pour la nutrition de l'individu, qu'il soit malade ou sain. Il faut, en effet, toujours d'après les recherches de Voit et Pettenkofer, fournir à l'organisme 160 grammes de graisse. Si l'on ne fournit pas d'hydrocarbures ni de graisse en nature, c'est aux dépens des albumines que l'organisme en fera (Les abeilles de Huber). Et si la quantité des albuminoïdes ingérés n'est pas suffisante pour fournir aux besoins de l'organisme en albuminoïde et en graisse, c'est aux dépens des protoplasmas cellulaires que se feront les matières grasses nécessaires à la combustion. Pour un régime complet, il faut donc, à la ration azotée, ajouter une ration de graisse qui permettra d'éviter en partie l'usure des albu-

minoïdes et la transformation graisseuse des protoplasmas. D'autre part, la métamorphose des albumines en graisse s'effectue mieux en présence d'une petite quantité d'hydrocarbures, mais, en définitive, c'est à ces derniers que revient le rôle principal dans la calorification.

RÉGIME JAPONAIS

Sous ce titre nous placerons la description d'un régime qui n'a point encore fait ses preuves dans un grand nombre de cas, mais qui est, nous n'en doutons pas, appelé à rendre des services.

La science a longtemps considéré comme indispensable à la vie la dose journalière d'albuminoïdes indiquée par Pettenkofer et Voit. Les expériences de laboratoire, les études faites sur des ouvriers employés à des travaux pénibles et soumis à des régimes alimentaires variés, avaient fait croire à la nécessité absolue d'un régime assez fortement azoté. Or, dans ces dernières années, des physiologistes ont repris la question, mais ce sont surtout les observations ethnographiques qui ont contribué à faire mettre en doute les résultats des expériences de Pettenkofer, ou plutôt le principe de ces expériences et les conclusions que l'auteur en avait tirées.

Parmi certains peuples européens, et surtout chez les Japonais, on peut dire que personne ne consomme la ration azotée, telle que l'avait établie Pettenkofer. En Russie, en Irlande, en Italie, en Roumanie, en Espagne, en France même dans certains départements, le paysan, l'ouvrier des champs consomme peu de viande, et emploie dans son alimentation une proportion très grande de féculents. En Irlande notamment la nourriture, est surtout

composée de pomme de terre ; on peut ajouter que l'Irlandais est assez souvent mal alimenté ; on peut dire aussi que le paysan roumain ou Italien, remplace la viande, trop rare, par l'avoine, le maïs ; que le paysan français la remplace par le pain : on n'en saurait dire autant du Japonais, qui vit presque exclusivement de riz : pour en tirer la quantité voulue d'azote, il faut consommer 1400 grammes de riz cru, soit environ 3,500 grammes de riz cuit. Or, comme la consommation du riz est loin d'atteindre ce chiffre ; comme d'autre part la physiologie du Japonais n'est pas différente de celle de l'Européen, et qu'enfin il est bien évident que le peuple Japonais n'est ni paresseux ni débile, il faut bien admettre que le déficit d'azote peut être compensé par autre chose.

Déjà Pettenkofer et Voit savaient que l'adjonction des aliments ternaires au régime azoté est indispensable, et ils avaient vu que la proportion d'albumine nécessaire à l'alimentation peut-être réduite quand les aliments ternaires sont en quantité suffisante. Mais, comme le dit Lapique dans une excellente revue, la question est précisément de savoir jusqu'à quelles limites on peut abaisser la quantité des albuminoïdes en élevant corrélativement celle des graisses et hydrate de carbone.

L'expérimentation répond en montrant que le mouvement de désassimilation est entravé par l'administration des hydrates de carbone : Rübner, puis Munk, ont vu l'excrétion de l'urée diminuée quand on fait prendre des hydro-carbures à un animal inanitié. D'autre part, Kumagawa et Klemperer ont montré, le premier, que huit grammes d'azote suffisent, le second, que trois grammes

peuvent suffire, peuvent même permettre le travail, à la condition que la nourriture absorbée possède un pouvoir calorifique considérable.

A l'état sain l'homme adulte consomme, d'après Vierrordt, environ 2 millions et demi de calories. Hervé-Mangon a démontré que le travail moyen d'un homme en augmente la consommation et la porte à 4.800.000. Ce qui ne se perd pas par l'exhalation pulmonaire, le réchauffement et le rayonnement du corps, etc., est utilisé pour le travail. Pour produire ces 5.000.000 de calories, il faut 529 grammes de graisse, ou 1296 grammes de riz, ou 1278 grammes de pain, ou 3373 grammes de bœuf maigre, ou encore 4824 grammes de pomme de terre. Et Rübner a établi ce qu'il appelle les équivalents isodynamiques des aliments : pour produire la même quantité de chaleur, s'il faut 100 grammes de graisse, il faut 211 grammes d'albuminoïdes ou 240 grammes d'hydrocarbures. Il résulte de là que l'on peut combiner une carte culinaire de manière à obtenir le chiffre voulu de calories par un mélange d'aliments où les albuminoïdes seront en très petite proportion : seulement on peut se demander pendant combien de temps un tel régime sera supporté ? L'expérience manque pour répondre à cette question et nous la posons avec l'espoir que tôt ou tard il se trouvera un expérimentateur pour la résoudre.

DES MOYENS D'APPRÉCIER LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT.

On ne saurait, avec les tendances scientifiques auxquelles la médecine moderne doit tous ses progrès, se contenter d'apprécier de loin et sans examen rigoureux les résultats d'une intervention thérapeutique donnée. Si pénétrant, si sûr que puisse être le coup d'œil d'un clinicien, il est impossible de juger de la valeur d'un traitement sans avoir recours aux méthodes d'analyse perfectionnée. Seulement, pour ne pas se perdre, il faut avoir une base de recherches.

Le phénomène le plus frappant et le plus aisément saisissable, c'est l'amélioration de l'état général, non pas seulement celle que le malade accuse, mais celle que le médecin peut constater. Puis vient les constatations plus délicates et plus difficiles, celles qui se rapportent à l'analyse minutieuse des troubles fonctionnels ; examen de l'urine, à tous les points de vue, densité, toxicité..., etc. Cette seconde catégorie de phénomènes a peut-être une importance supérieure à celle de la première. Il en est du mal de Bright comme de la tuberculose : quels que soient les progrès de l'état général, on n'a le droit de se croire vainqueur du mal que si les bacilles disparaissent de l'expectoration. Ici c'est la quantité, la densité, la qualité de l'urine qui doivent, avant toute autre considération, régler le pronostic et guider le médecin.

1° AMÉLIORATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL. — Quand un brigh-

tique s'améliore, on voit les œdèmes disparaître lentement progressivement, le sommeil reparaît, la céphalée diminue, le poids du corps augmente, les téguments reprennent une coloration rosée. Tels sont les phénomènes qui, appréciables à l'œil le moins exercé, permettent de supposer que le malade est guéri ou tout au moins en voie de guérison. Or, ces signes peuvent être trompeurs; d'autre part, ils n'ont de valeur que s'ils sont en quelque sorte expertisés scientifiquement.

Laissons de côté la disparition des œdèmes, qui, pour avoir toute sa valeur, *et ne pas comporter un pronostic fâcheux*, doit marcher de pair avec une augmentation de la sécrétion urinaire; laissons aussi, pour y revenir, les phénomènes qui indiquent l'éloignement du péril urémique. Il nous reste, parmi les phénomènes qui peuvent être soumis au contrôle scientifique, l'augmentation du poids du corps et l'examen de l'hémoglobine, dont la reconstitution est la cause principale de la disparition de la pâleur.

Augmentation du poids du corps. — Nous examinerons cette augmentation en rapport avec les divers régimes auxquels peut être soumis un albuminurique, savoir: le régime lacté, le régime ordinaire, le régime Japonais. Ce dernier, qui n'a encore été que peu appliqué, et dont nous avons déjà parlé, serait très intéressant à étudier à ce point de vue; mais nous n'avons pas de données suffisamment précises à son sujet.

Le régime lacté n'est pas de ceux qui augmentent le poids, quand il est longtemps continué. M. Sée déclare formellement que sous son influence, le poids du corps finit même par diminuer. Mais il faut à cet égard distin-

guer entre les diverses façons d'administrer le lait. Nous savons que cet aliment est riche en matières grasses. Si celles-ci sont trop diminuées (écrémage), il est clair que le sujet n'engraissera pas. Si, au contraire, on donne un lait riche en crème, le poids augmentera : l'enfant nourri au lait grandit et son poids s'accroît.

Mais si le poids n'augmente pas, ou même diminue sous l'influence du régime lacté chez l'adulte sain exclusivement soumis à ce régime, il faut dire que *comparativement aux autres régimes*, celui-ci constitue chez le brightique purement brightique, c'est-à-dire chez celui dont les troubles du côté du cœur ne dominent pas la scène, un véritable régime d'engraissement. Nous avons vu des brightiques, laissés au régime ordinaire, maigrir et se débilitier de plus en plus, malgré l'administration d'aliments azotés, et même, nous ne craignons pas de le dire, à cause de l'administration de ces aliments, qui représentaient pour eux une intoxication bien plus qu'une alimentation vraie. A ce point de vue, les féculents peu azotés, comme le riz, nous paraissent devoir constituer un adjuvant utile ; mais, nous le répétons, la preuve directe nous fait défaut.

MODIFICATIONS DE LA SÉCRÉTION URINAIRE.

Quantité. — Si la quantité d'urine, après être restée au-dessous du chiffre physiologique, atteint ce chiffre ou le dépasse, et reste ensuite normale, on en conclura que le régime suivi a fourni les éléments aqueux nécessaires

à cette sécrétion. Bien évidemment, on n'en conclura pas que la guérison est obtenue; la quantité d'urine peut rester supérieure à la normale avec des altérations rénales profondes. Un malade dont nous rapportons l'observation, mort avec des accidents franchement urémiques, n'a cessé d'uriner de deux litres à deux litres et demi jusqu'au moment de la mort. Mais il y a une grande différence entre les cas où la polyurie est habituelle, et ceux où elle s'établit progressivement. Dans ce second groupe de faits, l'augmentation de la sécrétion urinaire est d'un favorable augure. Par suite, tout régime qui provoquera cette augmentation sera un bon régime; tout régime, au contraire, qui diminuera l'excrétion urinaire au-dessous du chiffre physiologique, sera par ce seul fait un régime à rejeter.

L'expérience a démontré et démontre tous les jours que le régime lacté augmente cette sécrétion chez le brightique, tandis que le régime ordinaire ne l'augmente pas, et semble même la diminuer. L'addition d'eau, de sucre, d'un diurétique quelconque à l'alimentation ordinaire, ne suffit généralement pas à l'augmenter, à moins de conditions spéciales. Les tisanes dites diurétiques, les sucres n'agissent que si le rein est encore perméable (Sée, Meilach); or, dans ces conditions, c'est le cœur qui faiblit, et c'est l'affaiblissement de la circulation qui est cause de la diminution de la diurèse. S'il n'y a pas contre-indication au régime lacté absolu, c'est encore lui qui, en pareil cas, se montre plus capable de ramener l'excrétion urinaire au taux normal.

Mais, même en accordant une très grande valeur pro-

nostique à la diurèse, on est bien obligé de reconnaître qu'elle n'est pas le seul élément d'appréciation, et que l'examen des qualités de la sécrétion urinaire, a une importance au moins aussi grande, plus grande même dans beaucoup de cas, puisque l'on voit des brightiques mourir d'urémie tout en restant polyuriques (Faits de M. Dieulafoy et de M. Jaccoud).

Densité — La densité de l'urine est, d'une façon générale, augmentée quand la proportion d'eau diminue. C'est du moins ce qui se passe à l'état physiologique. Mais les variations de densité sont toujours comprises dans des limites assez étroites. Au contraire, à l'état pathologique, la densité peut varier dans des limites très étendues. Plusieurs cas peuvent se présenter : ou bien l'urine augmente de densité en diminuant de quantité : ou bien la quantité et le poids spécifique diminuent parallèlement, ou bien enfin, la quantité restant la même, la densité varie, soit dans le sens de l'augmentation, soit dans le sens de la diminution.

Les deux premiers groupes de faits appartiennent aux formes d'urémie que M. le professeur Jaccoud s'est efforcé de mettre en relief dans ses leçons cliniques : l'urémie mécanique, où la proportion d'eau est seule diminuée, et l'urémie toxique, où les matières extractives, retenues dans le sang, empoisonnent le patient. Il est évident que pour juger les bienfaits d'un régime, il faut au préalable bien distinguer ces deux classes de faits.

S'il s'agit du premier groupe, augmentation de la densité avec diminution de la quantité, — il est clair qu'un régime ne donnera de bons résultats que s'il agit sur la

quantité de la sécrétion. Tout régime qui, en pareil cas, laisse le chiffre des urines sans modification, est un mauvais régime, puisqu'il ne pare pas à l'indication principale.

Dans les faits du second groupe, c'est l'inverse. Mais ici il faut une grande attention, car l'appréciation des résultats n'est pas aisée. Il ne suffit pas, en effet, que la densité urinaire revienne au chiffre normal ; il faut que cette augmentation de densité soit due à la réapparition de certains éléments, urée et matières extractives, et non à l'apparition et à l'augmentation d'éléments tels que l'albumine, le sang... etc. C'est l'examen de l'urine au point de vue de la toxicité qui permettra seul de résoudre la question.

Albuminurie. — L'albuminurie est le signe le plus frappant, après les œdèmes ; on sait que Bright en fit une des bases de son édifice pathologique : avec Rayer, l'importance de l'albuminurie, devint prépondérante puis, comme en toutes choses médicales, la réaction se fit, et on en vint à considérer l'albuminurie comme un phénomène contingent : on alla même plus loin, on en fit dans certains cas un phénomène physiologique. M. Dieulafoy, en faisant connaître les cas de mal de Bright sans albumine, cas terminés par la mort au milieu de phénomènes d'urémie incontestables, porta à la doctrine un coup plus profond encore.

A l'heure actuelle, il n'est pas permis de faire de l'albuminurie, le symptôme du brightisme. Mais n'a-t-on pas été trop loin et n'a-t-on pas un peu trop méconnu son importance ? C'est là une question du plus haut inté-

rêt, et nous tenons à lui consacrer quelques développements.

Disons-le immédiatement, l'albuminurie n'est pas un élément indispensable au pronostic ; c'est surtout d'après la toxicité urinaire et d'après les variations de l'état général que ce dernier peut s'établir ; on pourrait être tenté de négliger l'albuminurie, quand on voit ces faits de mort par accidents urémiques sans que l'urine ait jamais contenu d'albumine. Cependant, sur le terrain de la clinique, où souvent le médecin doit formuler son pronostic et son traitement sans avoir à sa disposition les instruments nécessaires à une recherche délicate, sans même avoir le temps de faire ces recherches, qui équivaldraient alors, dit M. Jaccoud, « à une véritable fin de non recevoir » l'albuminurie est un guide précieux. Nous allons plus loin même, et, d'accord en cela avec bien des médecins, nous affirmons que dans les cas où l'albuminurie existe, nous l'avons toujours vu évoluer parallèlement aux autres signes, s'amendant quand ils s'amendent, s'aggravant quand ils s'aggravent, ou plutôt donnant par sa diminution ou son accroissement, le signal d'un apaisement ou d'une récrudescence des symptômes. C'est, si l'on veut, un témoin, mais un témoin précieux. Seulement, pour que la présence de l'albuminurie ait toute sa valeur, il faut qu'elle ne constitue pas le seul phénomène pathologique, il faut que des troubles fonctionnels et des désordres chimiques divers l'accompagnent.

Définir le régime qui convient à un albuminurique et peut faire disparaître l'albuminurie suppose exactement

connues les conditions de production de l'albuminurie : attribuer à celle-ci une valeur pronostique quelconque suppose également que l'on peut déterminer l'étendue ou la profondeur des lésions rénales. Le premier point est aujourd'hui assez bien connu. Quant au second, il l'est moins, mais il faut remarquer qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun moyen sûr de déterminer exactement dans quelle mesure est lésé le filtre rénal, et que parmi les signes invoqués communément, c'est encore l'albuminurie qui est, dans la plupart des cas, le meilleur et le plus sûr ou plutôt le moins infidèle.

Le *substratum* anatomique n'a été bien déterminé que depuis un petit nombre d'années. Les travaux de Langhans, en Allemagne, de Cornil en France, pour ne citer que les plus importants, ont montré que ce *substratum* est toujours une lésion glomérulaire. En sorte que la formule suivante, donnée dans l'ouvrage de MM. Lecorché et Talamon, est actuellement l'expression de nos notions sur ce point : l'albuminurie correspond à la lésion des glomérules, l'urémie à celle des cellules épithéliales des *tubuli contorti*. Mais toutes les lésions des glomérules ne paraissent pas donner lieu à l'albuminurie : il faut pour que celle-ci se produise des altérations que Ribbert a essayé de préciser, avec plus de talent que de bonheur. Seulement, et c'est là un point d'une importance capitale, les lésions épithéliales et les altérations glomérulaires marchent de pair, la profondeur des unes étant toujours en rapport avec la profondeur des autres.

Quant aux conditions autres que les désordres anatomiques, elles sont assez nombreuses : les expériences de

Rüneberg ont montré le rôle de l'abaissement de la pression, ruinant ainsi la théorie qui faisait de l'augmentation de pression glomérulaire la cause prochaine de l'albuminurie. Les recherches de Semmola, de Stokvis, de Sénator, celles plus récentes faites en France et en Allemagne par Capitan, Chateaubourg, Lecorché et Talamon, par Nencki, par bien d'autres encore, ont montré qu'en définitive c'était surtout à l'élimination de matières toxiques diverses que se rattachent les altérations des glomérules et de l'épithélium.

Parmi ces matières, les unes proviennent de l'organisme. On sait que pour Semmola et pour ceux qui acceptent son opinion, le brightisme est une maladie générale. Les belles recherches de M. Bouchard ont fait voir que dans les maladies infectieuses, le rein est une voie de décharge ; les substances qui passent avec l'urine irritent les éléments épithéliaux du glomérule et des tubuli, et dès lors les conditions de perméabilité du rein étant modifiées, on observe d'une part l'albuminurie, d'autre part des phénomènes d'intoxication dus à la rétention des matières toxiques de l'urine. C'est là ce qu'on pourrait appeler la mise en train de l'albuminurie : mais, une fois créée, elle peut : 1° augmenter ; 2° s'atténuer ; 3° disparaître soit spontanément, ce qui est rare, soit souvent sous l'influence d'un régime approprié.

L'augmentation de l'albuminurie est tantôt sous la dépendance d'une poussée aiguë, dont la cause est plus ou moins facile à déterminer, tantôt elle se produit sous l'influence de l'alimentation. D'une façon générale, les matières albuminoïdes sont incapables de provoquer une

albuminurie abondante. Mais il faut se garder des exagérations, et la plus grosse de toutes serait de vouloir transporter sur le terrain de la clinique les données expérimentales trop absolues du laboratoire. Jamais personne ne consommera à jeun une douzaine d'œufs crus ; jamais non plus l'injection de l'œuf albumine dans les veines n'aura son pendant en clinique. A l'heure actuelle les données expérimentales ont été réduites à leur juste valeur. Ce qu'on sait se réduit en somme à ce fait que dans la plupart des cas, l'administration de la viande cuite, des œufs, du poisson aggrave l'albuminurie et accroît les chances d'intoxication ; la viande crue l'aggrave moins : le corollaire de cette constatation, c'est qu'il ne faut permettre aux albuminuriques que des aliments azotés de facile digestion, qui ne soient pas susceptibles de se prêter à des fermentations dangereuses dans le tube intestinal. Si l'on voit, sous l'influence de ces changements de régime, l'albuminurie augmenter, on reviendra donc prudemment au régime antérieur.

Une question se pose : Faut-il poursuivre l'albuminurie jusqu'à son entière disparition ? Les auteurs diffèrent d'avis : MM. Lecorché et Talamon estiment que c'est là une chimère ; M. Lancereaux et M. Jaccoud n'hésitent pas, au contraire, à soumettre leurs malades au régime lacté-suivi, indéfini en quelque sorte. Ils font valoir que l'albuminurie indique, chez un brightique, un état d'irritation permanente du filtre : que tant que cet état d'irritation persistera le malade sera sous le coup d'un danger. En effet, l'albumine dans l'urine est l'apanage ou

bien des formes aiguës, ou des poussées; celles-ci ne se produisent que dans un rein mal guéri.

Pour nous, sans avoir la prétention de mettre notre opinion personnelle en contradiction avec celle d'observateurs éminents, nous pensons que toute cette discussion repose sur une appréciation incomplète des conditions pathogéniques de l'albuminurie. Celle-ci, chez les brightiques, s'observe dans trois conditions cliniques différentes : dans les formes aiguës; dans les poussées aiguës survenant au milieu de l'évolution d'une néphrite chronique enfin à toutes les périodes de cette évolution. Dans le premier cas, nous estimons que la disparition de l'albumine urinaire est le meilleur critérium de la guérison. Notre observation I en est une preuve. Il s'agit là d'un malade d'ailleurs vigoureux, atteint de néphrite scarlatineuse grave, à qui son médecin imposa le régime lacté jusqu'à disparition totale de l'albumine, bien que cette disparition se soit fait attendre plusieurs mois.

Dans le second cas nous ne croyons pas qu'il y ait le moindre doute à conserver. Oui, tant que l'albumine existe, il faut continuer, à *la condition que le cas ne soit pas trop ancien*, et qu'on n'ait pas lieu de supposer, non plus une simple irritation, mais une inhalation fonctionnelle des pelotons glomérulaires.

Dans le troisième cas, s'il n'y a dans l'urine qu'une faible quantité d'albumine, il faut prendre en considération l'état général du malade. S'il est très affaibli, très débilité, nous pensons qu'il faudra renoncer à juger des résultats du traitement par la disparition totale de l'albuminurie. Dans le cas contraire, il faudra combattre le

symptôme avec énergie, et nous pensons que ce serait une faute de s'en rapporter aux sensations du malade, qui ne manquera pas d'accuser le dégoût, la perte des forces... etc. Nous avons vu des malades plus dociles que les autres, obtenir ainsi la disparition d'une albuminurie datant de deux ou trois ans, et parvenir en même temps à se guérir de leur néphrite.

Proportions de l'urée. — L'urée est surtout un témoin de l'assimilation des albuminoïdes ; quand elle est en proportions normales, elle indique simplement une assimilation suffisante : dépasse-t-elle notablement cette proportion, elle indique un commencement de dénutrition. Au point de vue de la lésion rénale, elle ne donne guère d'indications. Elle est fortement diminuée dans les périodes aiguës ; dans les phases chroniques, elle varie considérablement ; Bartels, qui a pu suivre ces variations, ne leur attribue aucune valeur absolue. Chez les sujets soumis au régime lacté, elle semble augmenter au bout d'un temps assez long, et dépasser alors le chiffre normal. Nous n'avons pas fait de la question une étude personnelle : nous ne pouvons donc que répéter ce qui est dit dans les différents auteurs, mais il est probable que le rôle pronostique de l'oligurée ou de la polyurée n'est pas des plus importants.

Toxicité des urines. — Nous arrivons ici à un point qui a pris dans ces dernières années une importance considérable. Cependant, disons-le tout de suite, les résultats obtenus par les divers expérimentateurs ne concordent pas d'une façon absolue. De plus, la technique des recherches est délicate et prête à des critiques. Si le temps ne

nous eût manqué, nous aurions vivement désiré étudier ce point d'une façon détaillée ; malheureusement les recherches de cet ordre exigent un temps considérable, et c'est plutôt un chapitre d'attente que nous écrivons ici, avec l'espoir qu'un observateur plus favorisé que nous pourra éclaircir la question, et lui donner tous les développements qu'elle comporte.

L'urine normale est *toxique*. Nous insistons sur ce mot : toxique, car il faut bien se garder de confondre la toxicité avec l'action irritante ou septique de l'urine sur les tissus. Celle-ci est sujette à contestation, et les travaux confirmatifs ou infirmatifs ne manquent pas. Mais c'est là un point dont nous n'avons pas à nous préoccuper et sur lequel nous ne nous arrêterons pas.

Les notions que nous possédons sur la toxicité des urines, sont dues surtout aux belles recherches de M. Bouchard. Expérimentalement on constate que 45 centimètres cubes d'urine humaine normale peuvent tuer un kilogramme d'animal. Cette toxicité est telle que l'homme de poids moyen fabrique en deux jours et 4 heures de quoi s'intoxiquer complètement. M. Bouchard est parvenu à isoler sept substances toxiques dans l'urine normale, substances dont les origines sont multiples, et qui proviennent à la fois de l'alimentation, de la bile, de la désassimilation des tissus, des putréfactions intestinales ; tant que le filtre rénal fonctionne, il n'y a aucun danger, toutes ces matières sont éliminées ; mais que le filtre devienne imperméable, ces substances retenues intoxiqueront l'organisme. Mais, par suite, les urines rendues ne seront pas toxiques ou le seront peu ; la théorie est vérifiée ici par l'expé-

rience : M. Bouchard admet que les urines d'un brightique ne sont pas plus toxiques que l'eau distillée, et M. Dieulafoy est arrivé à la suite d'expériences nombreuses à une conclusion identique : il a pu injecter de l'urine brightique dans les veines de chiens, de lapins, de cobayes, sans déterminer de phénomènes d'intoxication. On aurait donc là un critérium précieux : étant donné un brightique urémique, on pourrait suivre les progrès du mal et ceux de la guérison, et, par conséquent, se rendre compte de la valeur d'un traitement en mesurant le pouvoir toxique de la sécrétion.

Cependant il faut dire que tout le monde n'est pas d'accord sur ce point. En 1887, Feltz et Ehrmann, ont communiqué à l'Académie des Sciences des expériences, d'où il résultait que la toxicité des urines brightiques est supérieure à celle des urines normales. Peut-être n'y a-t-il dans cette contradiction qu'une apparence et s'agit-il de malades très-différents, englobés sous la dénomination trop compréhensive de Brightiques ? Nous l'ignorons, mais nous ne pouvions ne pas signaler ce désaccord qui appelle de nouvelles observations et de nouvelles expériences.

Réparation des éléments du sang. — On connaît assez bien à l'heure actuelle les altérations du sang chez les brightiques, au moins pendant les périodes aiguës ou les périodes d'urémie. Les premières notions précises sont dues aux travaux déjà anciens de Christion et Gregory ; plus tard sont venus ceux de Becquerel et Rodier, d'Andral et Gavarret : mais ces travaux ont surtout consisté en analyses du sang totale. Or, ce procédé est long et

compliqué, et de plus il nécessite la soustraction d'une quantité de sang assez grande; aujourd'hui que la saignée est presque oubliée, il n'est pas facile de s'en procurer assez. Mais il est deux éléments du sang dont le dosage est facile, même avec une technique simple, pourvu qu'on en ait un peu l'habitude; nous voulons parler des globules rouges et de l'hémoglobine.

Comptés avec l'appareil de Malassez, ou avec celui de Hayem, les globules paraissent suivre assez exactement les fluctuations de la maladie. M. Lecorché rapporte les résultats de quatre numérations entreprises dans un cas de néphrite scarlatineuse. Ces numérations ont donné : huit jours après le début de l'anasarque, 1.256.250 hématies; quinze jours après, 1.005.000; un mois après 2.000.000, puis enfin 2.562.750, l'amélioration de l'état général marchant parallèlement avec la reconstitution des globules. Il est à remarquer que l'urine augmentait en même temps de quantité.

Quant à l'hémoglobine, le seul auteur qui s'en soit occupé d'une façon suivie est M. Quinquaud. Il a noté des abaissements notables du chiffre normal (130) qui tombe à 98,80 et même 67 grammes pour 1000 de sang. Par la méthode spectroscopique, on arrive plus commodément à l'évaluer. Nous avons pu faire quelques recherches dans ce sens avec l'hémotoscope de M. Hénocque. Nous avons trouvé des chiffres variant entre 11 et 7, 5 pour 100; mais nos analyses n'ont pu malheureusement être continuées assez longtemps et nous nous contentons d'indiquer le fait, convaincus que l'examen du sang est un excellent moyen d'appréciation.

INDICATIONS DES RÉGIMES

Pour les partisans des médications systématiques, il y a équivalence complète entre ces deux termes : mal de Brigh, — régime lacté. Personne ne nie l'influence heureuse du régime lacté ; mais beaucoup de médecins restreignent son indication à l'état aigu, et aux poussées aiguës de l'état chronique.

Nous avons vu que le lait, aliment complet, fournit à l'organisme les éléments nécessaires à sa vie et à son développement. Il contient des substances diurétiques, l'eau et les sucres ; il paraît pouvoir favoriser la fonction glycogénique et par suite la fonction antitoxique du foie (Roger, Bouchard, Brissaud) et remplit dans les deux indications fondamentales du traitement, la diurèse qui entraîne les poisons, la restauration du pouvoir d'épuration de la cellule hépatique, qui les annihile.

Mais on peut se demander si ces indications principales sont les seules, ou même si leur observation trop rigoureuse n'est pas une leurre. A la vérité, les malades soumis à un régime lacté trop longtemps prolongé semblent s'affaiblir ; mais s'affaiblissent-ils réellement ? Nous croyons qu'il faut faire un départ entre les diverses catégories de malades. Chez les uns c'est le désordre rénal qui est au premier plan : l'albuminurie est intense, les phénomènes d'urémie sont menaçants : pour ceux-là, il

ne saurait y avoir de doute. Le régime lacté fait-il, oui ou non, disparaître l'albuminurie, témoin des lésions dont le rein est le siège ? L'expérience de tous les jours répond affirmativement. La nôtre, pour restreinte qu'elle soit, est d'accord avec cette idée, et nous n'hésitons pas à ordonner et à faire continuer en pareil cas le régime du lait, avec la conviction qu'il est seul capable de remédier aux accidents et de prévenir le danger.

Mais chez d'autres sujets l'albuminurie et même l'urémie passent au second plan. Ceux-là sont des cachectiques, ou encore de véritables cardiaques. Le rein est altéré, mais c'est surtout le cœur qui faiblit ; en pareil cas, MM. Lecorché et Talamon soutiennent que le régime lacté est une faute, et nous partageons pleinement leur avis. Ce qu'il faut à de tels malades, c'est une alimentation substantielle, facile à digérer et à assimiler ; qui répare leurs forces et relève l'état général. Chez eux la diminution de l'urine, l'absence d'élimination des matières toxiques, tiennent surtout à la faiblesse de la circulation et au délàbrement des tissus. Ce n'est pas au rein qu'il faut s'adresser ; il faut avant tout relever les forces qui s'en vont, et stimuler le cœur qui faiblit sans surcharger le tube digestif. Or, il n'y a qu'un aliment qui convienne ; c'est la viande. Mais comment la donner ? Cuite, elle se digérera plus difficilement ; accompagnée de condiments, elle risquera de donner un prétexte à la putréfaction intestinale. Il faudra donc la donner sous une forme facilement assimilable : cette forme, c'est la viande crue râpée, pulpée, en boulettes, comme on voudra la donner, ou encore la poudre de viande. Mais celle-

ci est souvent mal digérée ; sa saveur désagréable, son odeur souvent nauséabonde, rebute les malades, et la viande crue nous paraît de beaucoup préférable. Même en faisant entrer en ligne de compte la crainte des entozoaires, qui en définitive, représentent plutôt une complication fâcheuse qu'un accident vraiment considérable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Régime lacté faisant disparaître totalement l'albuminurie.

C..., 22 ans. Etudiant en médecine. Service du professeur Sée, scarlatine en 1886. Pendant la convalescence, anasarque, oligurie, albuminurie intense.

Au moment où nous le voyons, il est au quatrième jour de sa maladie : nous passons rapidement sur les signes qu'il présente et qui sont ceux d'une néphrite aiguë. On la soumet au régime lacté exclusif. Au bout de quinze jours, la quantité d'urine avait monté de 250 grammes à un litre, 1 litre et demi ; contenant par litre 3 gr. 50 d'albumine. Le régime est maintenu pendant deux mois : à la fin du deuxième mois la quantité d'albumine est tombée à 1 gr. 50. Malgré les supplications du malade, qui se plaint d'une grande faiblesse, on continue le régime. L'état général en effet n'en a nullement souffert. M. C.... a engraisé et son teint s'est légèrement coloré. Le chiffre d'albumine ne baissant pas, il demande encore que le régime soit modifié. Mais on ne lui cède pas plus que la première fois. Au bout de 4 mois la quantité d'albumine est tombée à 1 gramme ; elle disparaît enfin d'une façon définitive à la fin du cinquième mois de traitement.

Nous avons revu M. C.... depuis cette époque : l'albuminurie n'a pas reparu ; la santé générale est excellente.

OBSERVATION II

H..., 62 ans. Service de M. le professeur Ball (Hôp. Laënnec, salle Legroux, 10 décembre 1885).

État à l'entrée. — Malade amaigri, très pâle. Peau sèche, sensation habituelle de froid. Battements de cœur. OEdème matinal des paupières ; polyurie nocturne. Se plaint surtout d'une céphalée atroce, qui ne lui laisse pas de repos. Insomnie persistante. Rétrécissement marqué des deux pupilles.

Au cœur, bruit de galop caractéristique. Artères radiales dures. Urines claires, abondantes, densité 1010, sans albumine. Régime lacté intégral.

Le 12 décembre. — A uriné 2 litres et demi. Densité, 1008. Pas d'albumine. La céphalée s'est atténuée.

Le 26 décembre. — On reprend le régime ordinaire.

Le 27 décembre. — Urine, un litre et demi. Vomissements.

Le 2 janvier. — Mort subitement dans le coma.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION III

M. Salle Sainte-Jeanne, n° 8. Entrée au mois de mars 1890.

F..., de 28 ans. Accouchée il y a six mois ; attaque d'éclampsie pendant le travail. Depuis, faiblesse, essoufflement.

Femme pâle ; œdème des paupières ; très léger œdème des jambes. Sensation de pesanteur lombaire. Urine claire, abondante (1800 grammes), contenant trois grammes d'albumine. Cœur régulier, battements bien frappés. Râles sous-crépitants et souffle

doux aux deux bases. Dyspnée nocturne, céphalée. Cryathésie, sécrétion de faiblesse générale. Traitement. Régime lacté.

6 avril 1890.—Albumine 0 gr. 60 centigrammes. La malade est fatiguée du régime lacté. Viande crue.

9 avril. — Albumine 1 gr. 20. Urine 1200 gr.

11 avril. — Albumine 2 gr. Retour au régime lacté exclusif.

14 avril — Albumine 1 gr. 50.

6 mai. — Albumine 0 gr. 30. Urine 1800 gr. Retour au régime ordinaire (pain, viande cuite).

8 mai. — Albumine 3 gr. Céphalée. La malade refuse de se soumettre au régime lacté exclusif. On lui donne un régime mixte lait, riz, viande crue.

15 mai. — Albumine 1 gr. La malade demande sa sortie. Amélioration manifeste.

OBSERVATION IV

Brightisme. Artério-sclérose. Asystolie.

Madame B..., 52 ans. Traitée depuis plusieurs années pour une affection cardiaque. Palpitations, dyspnée, œdème des jambes et de la face à plusieurs reprises.

Au moment où nous la voyons la malade est dans l'état suivant (juin 1890).

L'aspect est plutôt celui d'une cardiaque que d'une brightique. Anasarque. Cyanose. Dyspnée surtout nocturne, céphalée violente, insomnie. Cœur arythmique, impulsion faible ; à l'auscultation, souffle présystolique léger siégeant au milieu de la masse ventriculaire. Pas de poulx veineux, jugulaire appréciable.

Signes d'œdème pulmonaire aux deux bases. Souffle à la partie moyenne du poumon droit.

Foie volumineux, douloureux, dépassant les fausses côtes de trois travers de doigt environ. Région lombaire douloureuse. Urines rares, foncées, variant de 300 à 800 grammes, contenant, sous cette faible quantité, 8 grammes d'albumine.

L'interrogatoire nous révèle l'existence des signes de brighisme ; poliokucrée, doigt mort, cryesthésie, etc.

Comme traitement, elle a été mise, il y a longtemps, au régime lacté, qu'elle n'a pu supporter. L'administration de la digitale (0 gr. 30 en macération) a amené une détente ; de 300 grammes la quantité d'urine s'est élevée à 1 litre et demi, mais cette amélioration n'a pas duré.

Nous conseillons le régime lacté mixte, avec de la viande crue et du malaga.

Au mois de juillet, l'état de M^{me} B... s'est amélioré : la respiration est plus facile, la quantité d'urine supérieure à la normale (1 litre 700 à deux litres ; la quantité d'albumine est encore élevée (6 gr. par litre).

Cœur régulier, battements plus nets, bruit de galop manifeste.

En août, M^{me} B... est reprise des mêmes accidents. La digitale est de nouveau administrée ; elle provoque une diurèse assez abondante ; néanmoins l'insomnie persiste. Albumine, trois grammes.

25 août. — Céphalée, vomissements, 9 grammes d'albumine ; 1 litre d'urine. Régime lacté. L'albumine tombe rapidement à deux grammes, la quantité d'urine montant à un litre trois quarts. Amélioration évidente ; retour du sommeil, disparition de la céphalée et des vomissements.

OBSERVATION V

B..., salle Saint-Christophe, n° 10.

H..., 47 ans. Entré au mois de juillet 1886.

Stcherbanoff

Scarlatine (?) il y a deux ans. Au moins, à cette époque, a-t-il présenté des signes de néphrite aiguë avec albuminurie considérable. Petits signes de brightisme; doigt mort, cryesthésie: œdème des paupières; bruit de galop. Albumine 3 grammes. Urine 1300 grammes.

Soumis au régime lacté. Au bout de 15 jours, l'albumine tombe à un gramme; le régime est continué, le malade, consentant à le supporter, jusqu'au mois de janvier 1887. A ce moment, l'urine examinée avec soin ne contient pas trace d'albumine. On remet progressivement le malade au régime ordinaire. L'albuminurie ne paraît pas. Le malade demande alors sa sortie. Il est dans l'état suivant:

Aspect de bonne santé; pas d'embonpoint, mais tissus bien colorés. Respiration libre. Pas de céphalée, pas d'état transéux. Cœur gros, bruit de galop net.

Il n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION VI

Brightisme. Artério-sclérose. Urémie. Insuffisance aortique.

S..., 62 ans. Salle Saint-Christophe, lit n° 14. Entre le 10 février 1890.

État à l'entrée. — Anasarque. Urine 1 litre et demi. Albumine 8 grammes. Cœur: Bruit de galop ventriculaire: Souffle diastolique à la base. Battements réguliers. Dyspnée nocturne, céphalée. Traité d'abord par Kl. 2 grammes par jour: régime ordinaire. Purgatifs.

15 février. — Dyspnée moindre. Cœur toujours régulier. Insomnie. Vomissements. Albumine 8 grammes. Régime lacté. Sous l'influence de ce dernier, l'albumine tombe à six, puis à deux grammes. Le malade demande sa sortie; il est très amélioré, mais conserve encore de la céphalée et un peu de diarrhée.

CONCLUSIONS

I. — Il n'y a pas un traitement du mal de Bright, de même qu'il y a des formes cliniques, il y a aussi de véritables formes thérapeutiques : à chaque classe de cas, il faut un régime spécial.

II. — Les indications du régime se tirent de l'état local et fonctionnel, et surtout de l'état général.

III. — L'albuminurie n'est pas le seul trouble fonctionnel dont il faille tenir compte. L'étude de la toxicité urinaire fournirait de précieux renseignements, si elle était poursuivie pendant un temps assez long. L'excrétion de l'urée peut surtout servir à évaluer l'intensité du mouvement de désassimilation ; elle constitue plutôt un moyen d'évaluer la résistance du malade, qu'un élément de pronostic pour l'avenir de la lésion rénale elle-même.

IV. — Néanmoins l'albuminurie est un élément d'appréciation de premier ordre. Elle indique, dans la plupart des cas l'étendue et le degré de l'altération rénale ; elle ne suffit pas à elle seule pour déterminer exactement la profondeur de cette altération ; elle peut même manquer dans des cas à lésions graves, mais, quand elle existe, l'expérience prouve que les fluctuations sont en rapport étroit avec les variations des accidents (Obs. V, Obs. I).

V. — Tout en tenant compte des indications fournies

par l'état général, on peut affirmer que tout traitement qui ne diminue pas l'albuminurie est un traitement insuffisant : que tout traitement qui l'augmente est nuisible : que tout traitement qui ne la modifie pas est un traitement incomplet, même s'il semble avoir de bons résultats au point de vue de l'état général et de l'apparence extérieure du malade (Obs. IV).

Vu par le Président de la thèse,

DIEULAFOY

Vu par le doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Consulter les traités généraux, en particulier le *Traité de l'albuminurie*, de MM. Lecorché et Talamon.

Dieulafoy. — Pathologie interne.

G. Sée. — Du régime alimentaire.

RÉGIME LACTÉ.

Malapert du Peux. — Th. doct. Paris, 1890.

Bourquelot. — Digestibilité du lait cuit. Méd. Mod., 1890.

RÉGIME JAPONAIS.

Lapicque. — Méd. Mod., n° 19, 1890.

Botho Scheube. — Die Nahrung der Japaner Arch. f. Hyg.
T. I.

Kellner. — Untersuch über die Ernæhrung der Japaner.
Zeitsch. f. biol. T. XXV.

Munco Kumagawa. — Virchow's Arch. 1889, CXVI.

Klemperer. — Dubois-Reymond's Arch., 1889.

INDICATIONS DES RÉGIMES

Lecorché et Talamon. — Traité de l'albuminurie et du mal de Bright.

